Lane Medical Library 1885

ÜBER ERKRANKUNGEN

DER

BURSA MUCOSA GLUTAEO-TROCHANTERICA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,

WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM MITTWOCH, DEN 18. MÆRZ 1885,
VORMITTAGS 11 UHR,

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

CARL TRAINER
PRACT. ARZT
AUS WESTFALEN.

OPPONENTEN:

HERR DRD. E. MANN, PRACT. ARZT.
„ F. FISCHBEIN, CAND. MED.
„ A. ZIEMEK, CAND. MED.

GREIFSWALD.
DRUCK VON CARL SELL.
1885.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0195

DEM ANDENKEN

SEINER

THEUREN ELTERN

IN DANKBARER ERINNERUNG

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

In ihrem anatomischen Bau im Grossen und Ganzen die grösste Aehnlichkeit mit den eigentlichen Gelenkhöhlen zeigend, denen sie, sozusagen als Sehnen- oder Muskelgelenke betrachtet, auch physiologisch ziemlich nahe stehen, haben die Schleimbeutel auch in ihren Erkrankungsformen Vieles mit den eigentlichen Gelenken gemein.

Wie bei diesen, so finden wir auch bei den Schleimbeuteln primäre Entzündungen als Antwort auf einen als entweder von Aussen kommenden Insult, wie Schlag oder Stoss, oder auch nur eine excessive Inanspruchnahme ihrer physiologischen Funktionen, oder aber auf einen Reiz, dessen directe Ursache nicht zu ergründen, der vielmehr als von Innen heraus, etwa als Aeusserung besonderer Dispositionen wirkend aufzufassen ist. Wie ferner bei den Gelenken die Entzündung sowohl einen acuten, wie auch einen chronischen Verlauf nehmen kann, so sehen wir auch bei den Entzündungen der Schleimbeutel diese den Sitz bald schnell verlaufender und dann oft mit heftigen Allgemeinerscheinungen einhergehender Erkrankungen, bald sehr chronischer und fast erscheinungslos bleibender, oder doch nur von

Zeit zu Zeit durch heftigere Reizungen sich bemerklich machender Affectionen werden. Hierbei könnte man im Allgemeinen die Behauptung aufstellen, dass die durch äussere Einflüsse bedingten Prozesse mehr dem acuten, die durch innere, vom Körper selbst aus wirkende Schädlichkeiten hervorgerufenen mehr dem chronischen Verlauf zuneigen, ohne dass damit die Möglichkeit z. B. einer chronischen Entzündung auf Grund eines vielleicht als Gelegenheitsursache wirkenden Trauma, oder einer durch vom Körper her eingedrungene Noxen hervorgerufenen sehr acuten Erkrankung negirt werden sollte.

Betrachten wir nun, ausgehend von den, unstreitig das Hauptcontingent stellenden Entzündungen, als deren Entstehungsursache äussere Insulte zu bezeichnen sind, die verschiedenen Arten der Schleimbeutel-Entzündungen, so finden wir als einfachste und an und für sich auch harmloseste Form derselben die seröse Entzündung oder das acute Hygrom der Schleimbeutel.

Nach Heineke[1]), der in seiner Abhandlung in sehr ausführlicher Weise auf die Erkrankungen der uns beschäftigenden Organe eingeht, ist die rein seröse Form der Schleimbeutel-Entzündurg als acute Affection ziemlich selten, vielmehr hat gerade die seröse Entzündung die grösste Neigung, einen chronischen Verlauf zu nehmen; ein Umstand, der

[1]) l. c. pag. 8 ff.

die Prognose dieses Leidens sich weit ungünstiger gestalten lässt, als die an sich ja ziemlich indifferente Erscheinung erwarten lässt, indem der hydropische Schleimbeutel bei längerem Bestehen einen nur zu günstigen Boden zur Entwickelung anderer, minder harmloser Krankheitsformen abgeben kann. Als Ursache der sich durch reichliche Ansammlung seröser Flüssigkeit, meist ohne erhebliche Schmerzen auftretend, äussernden Erkrankungen werden Quetschungen, Schlag, Stoss, oder auch übermässige Functionsbethätigung des Organs genannt; doch führt nach H e i n e k e diese letztere Ursache häufiger zu einer complizirteren Entzündungsform, welche freilich mehr an den Sehnenscheiden beobachtet wird, zu der sero-fibrinösen oder crepitirenden Entzündung, deren Prognose er im Allgemeinen günstiger stellt, als die der einfach serösen.

War das Trauma von vornherein ein heftigeres, so kann sich zu dem serösen Erguss das aus den Gefässen der Schleimbeutelwandungen stammende Blut mischen, und aus dem so entstandenen Haematom des Sackes kann alsdann nachträglich, ebenso wie aus der einfach serösen Entzündung, jede andere Art von Erkrankung hervorgehen.

Geht die Verletzung mit einer Continuitätstrennung der deckenden Weichtheile einher, oder finden event. Noxen mit dem Bluterguss oder dem Lymphstrom den Weg zu dem afficirten Schleimbeutel, so wird sich in den meisten Fällen die Ent-

zündung zu der eitrigen Form steigern, und könnte man in diesem Falle mit Heineke, je nachdem die seröse Exsudation die Eiterbildung überwiegt, oder letztere vorherrscht, eine serös-eitrige und eine rein eitrige, die eigentliche suppurative Entzündung der Autoren unterscheiden. Hierbei wäre ersterer Form die grössere Neigung zur freilich oft sehr chronischen Spontanheilung mit Beschränkung auf den localen Heerd, letzterer die Fähigkeit, nach Necrosirung der umgebenden Hüllen in oft weitgehendem Masse in die Nachbargewebe zu infiltriren und ausgedehnte Phlegmonen hervorzurufen characteristisch. Beiden Formen gemeinsam wäre die mit ihnen fast stets verbundene mehr oder minder heftige Störung des Allgemeinbefindens, sowie als endlicher Ausgang der Durchbruch durch die äusseren Bedeckungen mit Entleerung des Inhalts nach Aussen, wobei nicht selten monatelang nacheiternde Fistelgänge zurückbleiben, stets nicht die Therapie in entsprechender Weise eingreift. Was die Prognose anbetrifft, so ist dieselbe bei richtiger Behandlung nicht gerade ungünstig, doch wird sie bei Schleimbeuteln, welche in nächster Nähe wichtiger Organe, besonders grosser Gelenke liegen, immerhin nicht unbedenklich sein müssen, während sie sich bei Communication der Bursa mit einem Gelenk natürlich ebenso zweifelhaft stellt, als ob dieses selbst der primär afficirte Theil wäre.

Haben wir nun schon bei den besprochenen Er-

krankungsformen angeben müssen, dass ihr Verlauf in vielen Fällen ein sehr chronischer wird, so müssen wir andrerseits einige fernere Entzündungsarten der Schleimbeutel nennen, welche stets einen durchaus chronischen Character aufweisen. Es sind dies einmal die Leiden, welche mit dem Namen des chronischen Hydrops oder des Hygroms im engeren Sinne bezeichnet werden; Affectionen, die sich bald nur durch dauernde starke Füllung der Bursa mit bald mehr, bald weniger dünnflüssigem, dem einfachen Serum näherstehendem Secret, bald durch gleichzeitige Verdickung der Wandungen, nicht selten mit Auftreten sog. Carpora oryzoidea, die man theils als fibröse Niederschläge, theils als abgeschnürte Synovialwucherungen aufgefasst hat, documentiren. Diese Hygrome können sich sowohl aus primärer seroeser Entzündung, wie schon oben bemerkt, entwickeln, sie können aus purulenten, eher noch aus seröseitigen Affectionen nach allmählicher Ueberführung des betreffenden Exsudats in eine rein seröse Serumabsscheidung und Verheilung der die Entleerung des Eiters oder eitrigen Secrets begünstigenden Fistel hervorgehen, oder endlich es kann die Entzündung von vorn herein einen chronischen Verlauf nehmen, ohne dass es erst zu einer oder der andern Form der acuten Erkrankung gekommen wäre.

Während die letzterwähnte Form der chronischen Bursitis, diejenige, welche als Inhalt des

Sackes weniger Flüssigkeit, als vielmehr theils Fibringerinnungen, theils abgeschnürte Zotten der stark wuchernden Synovia zeigt, noch als relativ gutartig anzusehen ist und vielleicht nach Analogie der ähnlich characterisirten Gelenkentzündungen bald mehr als Bursitis papillaris, bald mehr als Bursitis pannosa zu bezeichnen wäre, lässt sich für die letzte Art der Schleimbeutelentzündungen leider nicht diese günstige Prognose stellen. Es ist dies die Bursitis granulosa s. tuberculosa, welche ganz unter dem Bilde der gleichwerthigen Entzündung der Gelenke auftritt.

In der Literatur findet sich diese Schleimbeutelerkrankung, d. h. die primäre Form, bisher nicht sehr häufig erwähnt; so sagt Volkmann[2]) nur, dass dieselbe „relativ sehr selten" sei; eine Ansicht, welcher der Ausspruch Hueters[3a]) „dagegen haben die Sehnenscheiden und Schleimbeutel eine geringere Neigung zur Synovitis granulosa, als die Gelenke . . ." nicht grade entgegensteht. Später freilich[3b]) äussert sich derselbe Autor, nachdem er zuvor über den mikroscopisch völlig übereinstimmenden Bau der Synovialhaut der Sehnenscheiden und Schleimbeutel mit der der Gelenke gesprochen, dahin, dass „die Entzündungen der Sehnen (also auch wohl der nach vorhergehender Ausführung ganz analogen Schleim-

[2]) l. c. B. II. pag. 821.
[3a]) l. c. pag. 406.
[3b]) l. c. Theil I. pag. 157.

beutel!) in aetiologischer, pathologisch-anatomischer Beziehung nur der Abklatsch der Gelenkentzündungen sind.“ An selber Stelle finden wir ferner weiter ausgeführt: „Unter der Reihe der Sehnenscheiden-Entzündungen fehlt keine der Varietäten, welche ich im Vorhergehenden nach pathologisch-anatomischer und aetiologischer Grundlage für die Gelenke unterschieden habe.“ Aus diesen Stellen scheint zwar hervorzugehen, dass der Forscher die Sehnenscheiden- resp. Schleimbeutelentzündungen auch der Häufigkeit nach in Parallele mit denen der Gelenke stellt, doch geht daraus für die tuberculöse Erkrankung auch nur die Kenntniss des Vorkommens, nicht der numerischen Beziehungen derselben hervor. Billroth[4]) thut ihrer gar keine Erwähnung; dagegen finden wir bei Koenig[5]) einen Passus, der darauf hinweist, dass dem Verfasser Fälle von isolirter tuberculöser Schleimbeutelerkrankung bekannt geworden sind. Koenig sagt nämlich bei Gelegenheit der Besprechung der Möglichkeit einer Verwechselung zwischen Bursitis trochanterica und Coxitis, sowie der Schwierigkeit, eine Affection der Trochanter selbst auszuschliessen: „Es sind hier (in der Bursa trochanterica) acute Haematome und Abscesse, aber auch Hygrome und fungöse resp. fungöseitrige Erkrankungen beobachtet

[4]) l. c.
[5]) l. c. B. III. pag. 317.

worden“ und weiter unten: „Es ist daher nöthig, dass man diese Abscesse breit spaltet, die tuberculöse Pyogenmembran und die Granulationen gut wegputzt und nun sieht, ob man einen tuberculös ausgekleideten, in den Trochanter hineinführenden Gang findet u. s. w.“ worin wohl enthalten liegt, dass das Resultat dieser Untersuchung oft negativ, mithin die Erkrankung des Schleimbeutels eine primäre ist. Am deutlichsten spricht sich über die besprochene Affection Riedel[6b]) aus der bei Besprechung eines Falles von isolirter tuberculöser Entzündung des Kniegelenks mittheilt, dass er dieselben fibrinösen Körper, welche sich in dem Inhalt des erwähnten Gelenks, sowie in einem andern analogen Falle vorfanden, auch bei knotig-tuberculöser Entartung des Flexorenschleimbeutels der Hand angetroffen habe. In demselben Aufsatz finden wir sodann den Bericht von einer isolirten tuberculösen Geschwulst, welche ohne Eröffnung des Kniegelenks aus einem mit seröser Flüssigkeit gefüllten Sack, nach aussen und oben von der Patella sitzend, nebst diesem Sacke selbst exstirpirt sei. Endlich führt Riedel noch an anderer Stelle[6a]) nachdem er nochmals auf den oben erwähnten Fall von Tuberculose des Flexorenschleimbeutels hingewiesen, einen zweiten sicher constatirten Fall von Tuberculose des Praepatellarschleimbeutels an.

[6b]) l. c. pag. 473.
[6a]) l. c. pag. 417.

Die Entstehungsursachen der tuberculösen Entzündung anlangend, so lässt sich in wenigen Fällen ein Trauma als solche nachweisen; in vielen Fällen fehlt jedoch, wie dies auch für die andern früher genannten Erkrankungen der Schleimbeutel gilt, jeder Anhalt zur Erklärung der Erscheinungen. In der Mehrzahl der Fälle dürfte sich wohl bei der granulirenden Entzündung die Auflösung darin finden, dass zuerst ein vielleicht nur sehr geringfügiges Trauma den Schleimbeutel in den Zustand mehr oder weniger heftiger Entzündung versetzte, ohne dass sich dieselbe in jedem Falle der Empfindung des Patienten kund geben müsste. In diesem so vorbereiteten Schleimbeutel, der durch die Läsion nunmehr das punctum minoris resistentiae gegenüber dem intacten Körper geworden ist, findet die tuberculöse Noxe einen ihrer Ansiedelung und Entwickelung günstigen Boden und führt somit die bezügliche Erkrankung des Organs herbei. Von diesem primären Heerd aus hat nun die Noxe Gelegenheit, den ganzen Körper zu inficiren; sie kann aber auch, und es wird dies wohl begünstigt durch die meist geringe Ausdehnung des Krankheitsheerdes, sowie durch dessen oft sehr vollkommenen Abschluss gegen die Nachbarorgane, sehr lange Zeit auf das ursprünglich ergriffene Gebiet beschränkt bleiben, vielleicht sogar mit völliger Exstirpation des befallenen Sackes gänzlich aus dem Körper eliminirt werden.

Soviel von den Erkrankungeu der Schleimbeutel im Allgemeinen.

Es finden sich nun in der Literatur eine Menge Publikationen über Erkrankungen wichtiger, vorzüglich in der Nähe grosser Gelenke belegener Schleimbeutel, so vor Allem der Bursa praepatellaris u. a., und dürfte das allgemeine Interesse, welches diese Affectionen darbieten, es rechtfertigen, wenn ich versuche, zunächst das in der zur Verfügung stehenden Literatur befindliche Material über Affectionen eines nicht minder wichtigen Schleimbeutels als des oben erwähnten, nämlich der Bursa glutaeo-trochanterica, zusammenzustellen und im Anschluss hieran einige in hiesiger chirurg. Klinik beobachtete Fälle, deren Ueberweisung ich der Güte der Herren Prof. Dr. Vogt und Dr. Löbker verdanke, zu beschreiben; zuvor jedoch sei es mir gestattet, in Kürze auf die anatomischen Verhältnisse des in Rede stehenden Organs einzugehen.

Nach den Angaben Synnestvedts[7]), dem ich wegen der ausführlichen und genauen Behandlung des betreffenden Gegenstandes hier folgen möchte, und zwar um so mehr, als derselbe im ausgedehnten Masse den Ansichten deutscher Autoren, wie Luschka, Hyrtl, Henle, Monro, Koch u. s. w. Rechnung trägt, finden sich in der Gegend des Trochanter major im Ganzen zwei mit

[7]) l. c. pag. 44—46.

dem Namen Bursa mucosa trochanterica belegte Schleimbeutel, ein subcutaner und ein subfascialer, die eigentliche Bursa glutaeo-trochanterica. Hiermit stimmen die meisten deutschen Forscher überein. Ausserdem unterscheidet Synnestvedt nach dem Vorgang von Monro [8]) und Koch [9]) noch zwei getrennte Arten von Schleimbeuteln, die mit dem M. glut. max. in Beziehung stehen, die Bursae muc. glutaeo-femorales und die Bursa muc. inter m. glut. max. et m. vast. ext., von Monro „Bursa glutaeo-fascialis" genannt. Die übrigen Autoren fassen, wie es scheint, diese letztgenannten mit dem subfascialen Schleimbeutel zusammen als eine grosse Bursa, oder nur als Recessus der grösseren auf; wenigstens finde ich bei Keinem derselben, soweit sie zur Verfügung standen, derselben Erwähnung gethan. Nach Luschka [10]) können die beiden erstgenannten, der subcutane und der subfasciale Schleimbeutel, wenn auch selten, mit einander communiciren.

Die Lage der einzelnen oben angeführten Schleimbeutel ist nun folgende.

Die Bursa mucosa subcutanea trochant. maj., welche nicht constant vorkommt, immerhin aber nicht selten ist, liegt in mässiger Grösse in dem den Trochanter major bedeckenden subcutanen Bindegewebe und erstreckt sich nicht selten auch über

[8]) l. c. pag. 48 u. 49.
[9]) l. c. pag. 71 u. 73.
[10]) l. c. pag. 276.

den zur Fascia lata sich ausbreitenden Theil der Glutaeussehne. Ihre Wandungen sind nach Synnestvedt fast stets mit starken Fettansammlungen versehen und zeigen gewöhnlich Röthung und Injection. Das Innere der Höhle wird durch Trabecel und Septa in viele Fächer getheilt, was auch Heineke[1]) bestätigt. Die Bursa soll nach unseres nordischen Gewährsmannes Untersuchungen unter 13 Fällen 4 mal vorgefunden sein und zwar 3 mal einfach, 1 mal doppelt; in allen 4 Fällen war sie ohne Communication mit der tieferen.

Diese, die Bursa mucosa trochanterica M. glut. max. s. glutaea, findet sich nach Aussage aller Autoren constant vor. Synnestvedt beschreibt sie als einen relativ grossen, rundlichen oder ovalen Sack, mit der Längsaxe von oben nach unten ziehend, oft mehrfach vorhanden. Sie liegt zwischen dem sich zur Fascie ausbreitenden Theil der Sehne des Glut. max. einerseits und der von Muskelinsertionen freien Parthie des Trochanter major, sowie dem unteren Theil der Sehneninsertion des M. glut. med. und dem oberen der Ursprungssehne des M. vast. ext. andrerseits unter der den M. glut. max. einhüllenden Aponeurose. Im Inneren finden sich constant eine Menge sehnenartiger Trabecel und fester, brückenartiger Septa. Unter 15 Untersuchungen fand sich die Bursa in allen Fällen gut entwickelt;

[1]) l. c. pag. 101.

7 mal war sie einfach, 4 mal doppelt, 3 mal dreifach und einmal sogar sechsfach, indem kleinere, theils abgeschlossene, theils communicirende Bursae von etwa Kirschgrösse in der Umgebung der grossen lagen.

Eine vom Verfasser selbst unter Leitung des Herrn Dr. Löbker angestellte Untersuchung über diese Bursa bestätigte im Allgemeinen die Angaben Synnestvedt's und ergab eine dem Trochanter unmittelbar aufliegende, etwas über die Spitze desselben hinausragende und von dort sich ca. 10 ctm. nach abwärts in der Richtung des Schenkels unter die Musculatur erstreckende Bursa trochant. subfascialis. In der Ausdehnung nach vorn gelangte man durch einen Schlitz in der Glutaeussehne zu einem Recessus, der sich nach oben zu unter die Musculatur des Oberschenkels in der Richtung gegen die Spina ant. sup. und einer Tiefe von etwa 3 ctm. erstreckte. Die Ausdehnung der eigentlichen Bursa nach hinten oben beträgt ca. $2^1/_2$ ctm. und erstreckt sich die Höhle hier unter dem Glut. max. selbst. Die Höhlung des Sackes fand sich auch in diesem Falle durchzogen von einzelnen starken Septis.

Der subcutane Schleimbeutel fehlte in dem untersuchten Falle.

Die Bursae mucosae glutaeo-femorales finden sich sehr häufig. Es sind rundliche, einfache, abgeschlossene Säcke, belegen zwischen der Sehne des M. glut. max. und dem Femur. Es giebt ihrer

meist zwei, getrennt durch eine deutliche Bindegewebslage; einen oberen und einen unteren; doch kann auch ein einfacher vorhanden sein, mitunter auch beide fehlen. Bei 12 Untersuchungen fand Synnestvedt in 5 Fällen beide, 5 mal nur eine Bursa und 2 mal fehlt auch diese. Waren beide vorhanden, so zeigte sich, übereinstimmend mit den Angaben anderer Autoren, die höher gelegenen stets um etwas grösser, als die untere.

Der letzte der oben erwähnten Schleimbeutel, die Bursa mucosa inter M. glut. max. et vast. ext. soll ebenfalls constant vorkommen. Es ist ein mittelgrosser, mit dem Längsdurchmesser in vertikaler Richtung ziehender, ovaler, einfacher und abgeschlossener Sack, bald höher, bald tiefer zur eigentlichen Bursa trochant. am unteren Rande der Basis des Troch. maj. belegen und zwar zwischen der eigentlichen Sehne des M. glut. max. und dem Ursprung des M. vast. ext. Synnestvedt hat diesen Schleimbeutel in 15 Fällen stets gut entwickelt gefunden.

So die anatomischen Verhältnisse der uns hier interessirenden Schleimbeutel.

Was nun die Pathologie betrifft, so ist, wie schon oben bemerkt, auf die zuletzt genannten in der Literatur wenig Rücksicht genommen, wenn auch wohl in dem einen oder anderen Falle einer derselben mit in Leidenschaft gezogen, vielleicht gar der primär befallene Theil war. Für die Praxis

dürfte es sich indessen empfehlen, dem gegebenen Beispiel zu folgen und die jedenfalls doch eng zusammengehörigen Schleimbeutel unter der Ansatzsehne des Glut. max. als ein Ganzes zu betrachten, da eine Erkrankung eines derselben, besonders des grössten, wohl bald die ganze Gruppe ergreifen dürfte; auch die Diagnose auf Affection nur eines der kleineren eine höchst schwierige und unsichere bliebe. Von diesem Gesichtspunkte aus wollen wir denn nunmehr die in der Literatur angeführten Fälle von Erkrankungen der Bursa glutaeo-trochanterica zusammenzustellen versuchen, indem wir nur zwischen dem subcutanen und dem subfascialen Schleimbeutel unterscheiden.

Schon Koch[9]) erwähnt bei Beschreibung der beiden in Rede stehenden Schleimbeutel, dass er in denselben, sowohl dem subcutanen als auch dem subfascialen, mit einer „rothen Haut überzogene Fettmassen“ gesehen habe, und Monro[8]) giebt diesen Ausspruch Koch's unverändert wieder. Ob es sich hierbei um wirklich krankhaften Inhalt der Bursae, ob um pathol. Verdickungen der Wandung, oder nur um eine vielleicht physiologische Anhäufung starken Fettgewebes in den Wandungen gehandelt, ist nicht klar zu ersehen, doch dürfte die Möglichkeit, dass es sich in der That um entzündliche Producte ge-

[9]) l. c. pag. 71 u. 73.
[8]) l. c. pag. 48 u. 49.

handelt habe, nicht ausgeschlossen sein. In den Arbeiten von Volkmann[2]) und Heineke[1]) finden wir aus der älteren Literatur verschiedene Erkrankungen der Bursa trochant. erwähnt. So bei letztgenanntem Autor eine von Chassaignac stammende Beobachtung über ein durch Fall auf den Trochanter entstandenes Haematom der oberflächlichen Bursa, sowie ferner einen auch von anderen Autoren oft citirten Fall aus Chassaignac's Praxis von serös-eitriger Entzündung des subaponeurotischen Schleimbeutels, welche eine bis zur Mitte des Oberschenkels reichende, fluctuirende Geschwulst gebildet hatte. Ein anderer von dem französischen Forscher berichteter Fall von eitriger Entzündung endete durch Verjauchung des umgebenden Bindegewebes letal. Chassaignac macht auch Mittheilung von oft kolossalen Hygromen der Bursa trochant. profunda, so wurden in einem Falle 1500 Gramm Flüssigkeit entleert. Auch Brodie entleerte nach Volkmann[2]) einmal 1—2 Pinten Flüssigkeit. Von Kirby wird [bei Heineke[1])] das Vorkommen gichtischer Entzündungen in den Trochanteren-Schleimbeuteln erwähnt.

Sodann finden wir in einer Inaugural-Dissertation von Vanselow[11]) eine genauere Be-

---

[2]) l. c. pag. 821 u. 822.
[1]) l. c. pag. 101 u. 102.
[1]) l. c. pag. 102.
[11]) l. c.

sprechung des uns beschäftigenden Schleimbeutels nebst ausführlicher Untersuchung der Wege, welche eine etwaige Eiteransammlung der Bursa bei ihrem Durchbruch in das umgebende Gewebe nehmen kann. Als Resultat seiner Versuche stellt Vanselow die Behauptung auf, dass ein solcher Durchbruch nur erfolgen könne nach vorn, und zwar nach vorn und oben zwischen M. tensor fasciae latae und Rect. femoris unter den Sartorius; nach vorn und unten zwischen Rect. femor. und cruralis, ebenfalls unter den Sartorius, und endlich nach hinten und oben unter den Glut max. selbst, letzteres der häufigere Weg. Sodann führt Vanselow 3 Fälle von suppurat. Bursitis trochant an, welche in hiesiger Klinik mit Incisionen und Drainage behandelt wurden. Zwei der Fälle genasen unter der Behandlung; der dritte erlag den Folgen einer Septicaemie, hervorgerufen durch mit weitgehenden Eitersenkungen einherschreitende Verjauchung des Abscesses Bei Erwähnung dieser Fälle, sowie auch schon als Einleitung zu seiner Arbeit, giebt Verfasser an, dass die besprochene Erkrankung nicht selten zu Verwechselungen mit Coxitis Anlass giebt, deren Bild sie durch die oft mit heftigen Allgemeinerscheinungen einhergehende Schwellung der Hüftgegend und die vom Patienten zur Entspannung der auf die schmerzhaft gewordene Bursa drückenden Muskeln eingenommene Abductionsstellung mit Aussenrotation des Beines leicht vortäuschen kann. Auch meint Ver-

fasser, dass die Differenzialdiagnose auf völlige Intactheit des Gelenks in allen Fällen eine sehr schwierige, oft nur durch Spaltung des Abscesses und Digitalexploration zu stellen sei.

Beachtenswerth für die Differenzialdiagnose dürfte auch der von Boecker[12]) beschriebene Fall von Fibrosarcom der Trochantergegend, ausgehend von der Fascia lata und in seinen ursprünglichen Grenzen, der Beschreibung Boecker's nach, ungefähr der Ausdehnung der Bursa trochant. entsprechend sein, da man jedenfalls bei einer geschwulstartigen Erkrankung dieser Gegend, besonders wenn, wie hier, die Aetiologie, Contusion, mit der gewöhnlichen der Bursitis zusammenfällt, eher an diese letztere Affection, als an die seltenere Neubildung denken dürfte.

Denselben Hinweis wie oben auf die Differenzial-Diagnose zwischen Bursitis trochant. und Coxitis giebt sodann neuerdings Hueter[3c]), sowie König[5]), bei welcher Gelegenheit letzterer, wie oben schon angegeben, auch auf das Vorkommen primärer tuberculöser Entzündungen der Bursa trochant. aufmerksam macht. Die letztere Erwähnung findet sich, wie es scheint, schon bestätigt in der Abhandlung von Waitz[13]), wo der Autor zwei Fälle von

[12]) l. c. pag. 150.
[3c]) l. c. pag. 169 Band II. Th. III.
[5]) l. c. pag. 317 Band III.
[13]) l. c. pag. 797.

Bursitis trochant. anführt, die spontan entstanden sein sollen und mit Incisionen und Auskratzung behandelt wurden. der eine Patient wurde geheilt nach 3monatl. Behandlung entlassen; der andere soll, ungeheilt entlassen, nach einigen Monaten an Phthisis pulmon. gestorben sein. In den Mittheilungen Schüllers[14]) findet sich endlich noch unter Aufzählung einer Reihe von Erkrankungen verschiedener Schleimbeutel auch ein Fall von eitriger Bursitis trochant., der mehrere Monate zur Heilung erforderte. „Es entstanden" sagt Schüller „hier stets von Neuem Eitersenkungen resp. Eiterverhaltungen, welche wiederholte Drainirungen nothwendig machten."

Im Anschluss an diese in der Literatur aufgezählten Beobachtungen sei es mir nunmehr gestattet, die erwähnten, in hiesiger chirurg. Klinik behandelten Fälle mitzutheilen, da dieselben sowohl hinsichtlich der Entstehungsursache der Erkrankung, als auch in Bezug auf die spätere Entwickelung und den Verlauf des Leidens manches Interessante darbieten.

Krankengeschichte.

I. Johanna Schmidt, 28 Jahr alt, aus Putbus, giebt an, dass in ihrer Familie erbliche Krankheiten nicht vorkommen. Pat. selbst will

[14]) l. c. pag. 276.

in ihrer Jugend stets gesund gewesen sein, auch später keine besonderen Krankheiten durchgemacht haben, spec. nie an den Respirationsorganen gelitten haben.

In ihrem 12. Jahre erlitt Pat. durch Fall auf die Seite eine Contusion der rechten Hüfte, worauf sich hierselbst an zwei Stellen, in der Umgebung des Trochanter und etwa 15 ctm. tiefer, eine Schwellung eingestellt haben soll. Nachdem Pat. fast 2 Jahre ohne Behandlung gewesen, traten nunmehr an obigen Stellen, die vorher fast schmerzlos waren, lebhafte Schmerzen auf, verbunden mit leichten Störungen im Gehact, und die operative Behandlung ergab an beiden Stellen mit einander communicirende Abscesse. Diese heilten auf Behandlung mit Drainage gut aus und blieb diese Heilung ungestört, bis im 21. Jahre, ohne nachweisbaren Grund, die am Trochanter belegene Stelle auf's Neue Sitz entzündlicher Erscheinungen wurde, während an einer neuen Stelle, etwas höher nach der Crista oss. ilei zu, im Gebiete der Glutaealmuskeln, dieselbe Erkrankung auftrat. Pat. wurde, wie das erste mal, längere Zeit im Krankenhause behandelt, und die Abscesse heilten aus. Im Verlauf der folgenden Jahre hat sich nun dieselbe Erscheinung noch etwa 2—3 mal wiederholt, und erkrankte stets die Stelle am Trochanter von Neuem und es traten theils neue Stellen hinzu, so am inneren Rande des Vastus ext. in gleicher Höhe mit der zuerst genannten am Schenkel, sowie auch in

der Umgebung des in der Glutaealgegend gelegenen Heerdes, theils recidivirte die Erkrankung an schon früher afficirten Punkten. Bedeutendere Störungen im Gehact will Pat. nie bemerkt haben Das letzte Recidiv trat nun in der Mitte December 1884 auf, und liess sich Pat. dieserhalb in die hiesige chirurg. Klinik aufnehmen.

Patientin ist von mittlerer Statur, gut entwickelter Muskulatur, entsprechendem Paniculus adiposus und ziemlich kräftigem Knochenbau. An ihren Körperorganen findet sich nichts Abnormes. Die rechte Trochantergegend zeigt zahlreiche tief eingezogene Narben; in der Umgebung der über dem Trochanter selbst gelegenen Schwellung und Fluctuation Die breite Eröffnung des Abscesses ergiebt reichlich eitrigen Inhalt der Höhle, deren durch massenhafte schwartenartige Granulationen stark verdickte Wandungen mit zahlreichen tuberculähnlichen Knötchen durchsetzt war, welche sich bei der mikroscopischen Untersuchung durch die Anwesenheit des Bacillus kochii als echte Tubercel erwiesen.

Die Abscesshöhle zeigte sich als mit der Bursa trochant. subfascialis identisch; Gelenk und Trochanter völlig intact.

Die Heilung ging bisher zwar langsam, aber ungestört von Statten und zeigt Pat. augenblicklich nur noch geringe Absonderung von Wundsecret. In letzter Zeit hat sich ein Catarrh der Luftwege ein-

gestellt, doch ergab die Untersuchung des Sputum auf Tubercelbacillen bisher negative Resultate.

II. Carl Wegner, 21 Jahr alt, aus Krinke auf Usedom, sagt aus, dass in seiner Familie von irgend welcher hereditärer Belastung Nichts wahrzunehmen sei, auch hat er selbst bis auf eine in der Jugend überstandene Lungenentzündung keinerlei Erkrankungen durchgemacht, ist auch später stets gesund gewesen.

In seinem 8. Jahre erlitt Pat. eine Verletzung resp Contusion der linken Hüfte durch Fall. In der ersten Zeit sollen sich keine bemerkenswerthen Erscheinungen, besonders keine Functionsstörungen gezeigt haben, bis nach einiger Zeit Schwellung in der Gegend des Trochanter major verbunden mit Schmerz und leichter Störung des Gehens, das nur mit etwas abducirtem Schenkel möglich gewesen sein soll, auftrat. Die Incision soll damals reichlich Eiter entleert haben, worauf völlige Heilung eintrat.

Im 12. Jahre hatte Pat. ein Recidiv, welches auf gleiche Behandlung gut ausheilte; eine Ursache für die neue Erkrankung giebt Pat. nicht an. Nachdem nunmehr Pat ca. 9 Jahre lang völlig gesund war, traten vor etwa 3 Wochen, wiederum ohne nachweisbare Ursache, aufs Neue Erscheinungen entzündlicher Art an der alten Stelle auf, welche den Pat. nöthigten, die Hülfe der hiesigen chirurg. Klinik aufzusuchen.

Pat. ist ziemlich kräftig gebaut; die Unter-

suchung des Körpers, spec. der Lungen, ergiebt normale Resultate.

Die linke Hüftgegend zeigt an der hinteren Seite des Trochant. major, dessen Stellung normal ist, eine ca. 6 ctm. lange. tief eingezogene Narbe, in deren Mitte sich aus einem Fistelgang reichlich eitriges Secret entleert. Die Sonde dringt etwa 4 ctm. tief ein; rauhe Flächen nicht zu fühlen. Die Umgebung der Fistel ist roth und geschwollen. Die Palpation des Hüftgelenks ist schmerzlos, auch fehlen Functionsstörungen. Die Spaltung der Fistel ergab zunächst nur einen abscessartigen, der Bursa trochant. subcut. angehörigen Heerd mit mässiger Menge eitrigen Inhalts. Die genauere Untersuchung der Abscesshöhle mit der Sonde liess diese dann plötzlich noch weiter in die Tiefe gleiten, und nach Erweiterung der Zugangsöffnung gelangte der untersuchende Finger in einen zweiten, tiefer gelegenen und mit erheblichen Mengen eines dicklichen Eiters gefüllten sehr geräumigen Hohlraum, der alsbald durch Spaltung der Wand in der Längsrichtung freigelegt wurde Es zeigte sich nun, dass der Raum die von heftiger suppurativer Entzündung ergriffene Bursa trochant. subfasc. war, deren stark verdickte und uneben gewordene Wandungen sich bei der mikroscopischen Untersuchung als nur noch sehr spärlich mit Endathel besetzt ergab, während mächtige Bindegewebszüge, untermischt mit elast. Fasern, sich vielfach durchkreuzten. Die Unter-

suchung auf Tubercel od. deren spec. Bacillen ergab negatives Resultat. Noch zu bemerken ist, dass die Bursa zwar an einer Stelle dicht der Gelenkkapsel auflag, aber keinerlei Communication mit der Gelenkhöhle zeigte. Gelenk und Trochanter normal. Die aseptisch verbundene Wunde zeigt bis jetzt einen guten Heilungsverlauf.

Als dritten Fall wäre eine im März a. c. hierselbst behandelte Abscedirung am Trochanter major sinister, welche sich aus der vereiterten Bursa muc. trochant. subcutanea entwickelte, zu verzeichnen.

Die beiden ersten vorstehend mitgetheilten Fälle haben das Gemeinsame, dass sich in ihnen bei, soweit eruirt werden kann, völlig gesunden Menschen nach einem relativ leichten Trauma des Trochanter zunächst vielleicht nur ein Hydrops od. Haematom der Bursa bildete, welches später in Abscedirung überging. Durch Incision und Drainage zum Heilen gebracht, zeigte sodann in beiden Fällen die Erkrankung die Neigung, anscheinend spontan zu recidiviren, eine Erscheinung, die sich wohl aus der durch das primäre Trauma und dessen Folgen gesetzten geringeren örtlichen Widerstandsfähigkeit erklären lässt. Derselbe Grund dürfte wohl auch nach den weiter oben gegebenen Ausführungen, das in dem 1. Falle sich auf das Bestimmteste kundgebende Auftreten der localen Tuberculose erklärlich machen, und möchte wohl die Annahme gerechtfertigt sein, dass diese tuberculöse Infection erst

einer der späteren, vielleicht sogar erst der letzten Erkrankung des Schleimbeutels angehört. Sehr auffallend müsste es sonst immerhin erscheinen, dass nach nunmehr über 16jährigem Bestehen die örtliche Tuberculose nicht schon auf den Gesammtorganismus, ja dem Anschein nach nicht einmal auf die nächstliegenden derartigen Affectionen gegenüber doch ziemlich empfänglichen Organe wie Gelenk und Knochen übergegriffen hätte.

Zum Schluss bleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Vogt für die gütige Ueberweisung des Materials und der einschlägigen Literatur, sowie Herrn Dr. Löbker für seine thatkräftige Unterstützung bei vorstehender Arbeit meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1) Heineke „Anatomie und Pathol. der Schleimbeutel und Sehnenscheiden.“ Erlangen 1868.

2) Volkmann „Krankheiten der Schleimbeutel und Sehnenscheiden“ im „Handbuch der allgem. u. spec. Chirurgie von Pitha und Billroth.“ Erlangen 1872.

3a) Hueter „Allgem. Chirurgie.“ Leipzig 1873.

3b) Hueter „Klinik der Gelenkkrankheiten.“ Leipzig 1876.

3a) Hueter „Grundriss der Chirurgie.“ Leipzig 1883.

4) Billroth „Chirurg. Pathologie und Therapie. Bearbeitet von v. Winiwarter. Berlin 1880.

5) Koenig „Lehrbuch der spec. Chirurgie.“ Berlin 1881.

6a) Riedel „Tuberculose.“ Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Band 15.

6b) Riedel „Kniegelenkserkrankungen.“ Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 12.

7) Synnestvedt „En Anatomisk Beskrivelse Af de paa Over-og Underextremiteterne Forekommende Bursae Mucosae.“ Prisbelønnet Afhandling. Christiania 1869.

8) Monro „Schleimsäcke des menschl. Körpers“ ed. Rosenmüller. Leipzig 1799.

9) Koch „Bau und Krankheiten der Schleimbeutel.“ Nürnberg 1795.

10) Luschka „Anatomie der Glieder des Menschen.“ Tübingen 1865.

11) Vanselow „Vereiterung der Bursa muc. trochant.“ Inaug-Diss. Greifswald 1873.

12) Boecker „Zur Galvanocaustik.“ Archiv f. klin. Chirurg. Band 12.

13) Waitz „Chir. Klinik zu Kiel.“ Archiv f. klin. Chirurg. Berlin 1877.

14) Schüller „Chirurg. Klinik zu Greifswald 1876.“ Deutsche Zeitschr. f. Cirurgie Band 10.

Lebenslauf.

Carl Trainer wurde geb. den 17. Mai 1859 zu Grüne in Westfalen, als Sohn der verstorbenen Eheleute, Berg- und Hüttendirector Carl Trainer u. seiner Ehefrau Theodore geb. Heine. Seine erste Schulbildung erhielt er auf den Elementarschulen zu Letmathe und Lünen und besuchte sodann das Gymnasium zu Dortmund, von welchem er Herbst 1880 mit dem Zeugniss der Reife entlassen wurde. Er bezog die Universität Greifswald, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Im Sommersemester 1882 bestand er das Tent. physicum und genügte im Winter desselben Jahres seiner halbjährigen Militärpflicht mit der Waffe beim Pommerschen Jägerbataillon No. 2. Vom 20. Novbr. 1884 bis zum 26. Febr. 1885 absolvirte er die medic. Staatsprüfung und am 6. März a. c. das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte und hörte er die Kliniken, Curse und Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

Beumer, A. Budge, J. Budge, Eichstaedt, v. Feilitzsch, Gerstaecker, Grohé, Haeckermann, Krabler, Landois, Limpricht, Löbker, Mosler, Münter, Pernice, v. Preuschen, Rinne, Schirmer, Schultz, Sommer, Strübing, Vogt.

Allen diesen, seinen verehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen tiefsten Dank aus.

THESEN.

I.

Die primäre tuberkulöse Erkrankung eines Schleimbeutels indicirt an und für sich die möglichst vollständige Exstirpation des ganzen Sackes.

II.

Das Cocain als lokales Anaestheticum ist sehr geeignet, dem pract. Arzt die Ausübung seines Berufes wesentlich zu erleichtern.

III.

Bei Delirium potatorum ist die Anwendung des Opium purum derjenigen des Chloralhydrats vorzuziehen.